

## IMAGEN

# Cáncer de esófago

## Esophageal cancer



Beryl Barber<sup>a,\*</sup>, Rosa Maymi<sup>b</sup> y Albert Novell<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Diagnóstico por la Imagen, Hospital Universitario Donostia, Donostia, Gipuzkoa, España

<sup>b</sup> Servicio de Diagnóstico por la Imagen, CAP Mataró-Maresme, Mataró, Barcelona, España

Recibido el 15 de diciembre de 2015; aceptado el 6 de mayo de 2016

Disponible en Internet el 10 de junio de 2016

El cáncer de esófago es uno de los tumores más agresivos, con una supervivencia inferior al 20% a los 5 años<sup>1</sup>, debido a que en la mayoría de los casos el tumor se encuentra en un estadio muy avanzado en el momento del diagnóstico. Actualmente el adenocarcinoma de esófago ha aumentado

y supone ya más de una tercera parte de los casos de cáncer esofágico, suele diagnosticarse en el tercio inferior y en la unión gastroesofágica, se asocia a enfermedad por reflujo y con la presencia de esófago de Barrett. El diagnóstico de extensión de este tumor es de vital importancia para la selección del tratamiento más adecuado<sup>2,3</sup>.



**Figura 1** Estudio radiológico del tránsito esofagogastroduodenal con contraste baritado, en proyección anteroposterior se observan alteraciones de la pared, rigidez y estenosis esofágica distal, sugestiva de proceso neoplásico avanzado.



**Figura 2** Tomografía computarizada en sección sagital con contraste intravenoso y oral, se observan múltiples adenopatías paratraqueales, subcarinales e hiliares, engrosamiento concéntrico de las paredes del esófago distal de 56 mm de longitud, con irregularidad de los márgenes externos, y pequeños ganglios locorreionales.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [berylbm@gmail.com](mailto:berylbm@gmail.com) (B. Barber).

Presentamos imágenes de un paciente varón de 65 años, con orientación clínica de disfagia. El tránsito esofagogastroduodenal (fig. 1) es un buen método para ver lesiones orgánicas y tumorales, determinar su extensión e identificar fístulas, estenosis, perforaciones y abscesos, en determinados casos puede valorar el riesgo que comporta una endoscopia digestiva diagnóstica o terapéutica. Para establecer el grado de propagación realizamos una tomografía computarizada toraco-abdominal (fig. 2) y se concluyó con una neoplasia de esófago en estadificación T3, N2 y posible M1, por imágenes sugestivas de nódulos pulmonares. La biopsia endoscópica confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma sobre esófago de Barrett.

### Financiación

Los autores declaran no tener fuente de financiación.

### Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Jesús Aznar, radiólogo del CAP Mataró-Maresme, Mataró, Barcelona, por su colaboración y apoyo continuo.

### Bibliografía

1. Gómez Senent S, Gómez Raposo C, Segura JM. Cáncer de esófago, diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:423–8.
2. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Sobenes Gutiérrez RJ, Arroyo Díaz R. Carcinoma epidermoide, estenosante, estadio IV, en mujer de 41 años. Descripción de un caso clínico. *Semergen*. 2012;38:44–8.
3. Gómez Senent S. Cáncer de esófago, un nuevo reto diagnóstico. *Med Clin (Barc)*. 2009;133:706–7.